

Torsion du Pédicule de la Rate ectopiée



THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 18 Juillet 1939
POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy
Mention « Médecine »
PAR

BOCHENEK Joseph

né le 15 Octobre 1910, à Cracovie (Pologne)



Examineurs de la Thèse :	{	MM. HAMANT professeur,	} <i>Président</i>	
		BARTELEMY, professeur		
		BODART, agrégé		} <i>Juges</i>
		CHALNOT, agrégé		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.



RAPID'IMPRIMERIE - NANCY

1939

Torsion du Pédicule de la Rate ectopiée

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 18 Juillet 1939
POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy

Mention « Médecine »

PAR

BOCHENEK Joseph

né le 15 Octobre 1910, à Cracovie (Pologne)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HAMANT professeur,	<i>Président</i>
		BARTELEMY, professeur	} <i>Juges</i>
		BODART, agrégé	
		CHALNOT, agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. SPILLMANN, C. ✱, I. ✱.

Professeurs honoraires : MM. WEISS, O. ✱, I. ✱;

BOUIN, O. ✱, I. ✱; ANCEL, ✱, I. ✱; GARNIER, ✱, I. ✱;

DUFOUR, ✱, I. ✱; HOCHÉ, O. ✱, I. ✱; FROELICH, ✱, I. ✱;

LAMBERT, ✱, I. ✱.

JACQUES, ✱, I. ✱, ANDRÉ, O. ✱, I. ✱.

Professeurs :

Clinique des malad. syphilit. et cutan.	M. L. SPILLMANN, C. ✱, I. ✱.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHHINSHOLZ O. ✱, I. ✱.
Histologie	M. R. COLLIN, O. ✱, I. ✱.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, O. ✱, I. ✱.
Clinique médicale	M. L. RICHON, ✱, I. ✱.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, ✱, I. ✱.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, ✱, I. ✱.
Hygiène et médecine sociale	M. J. PARISOT, C. ✱, I. ✱, Ch. S. P.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, ✱, I. ✱.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, ✱, I. ✱.
Physiologie	M. SANTENOISE, ✱, ✱, ✱, A. ✱.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, ✱, I. ✱.
Bactériologie et parasitologie médicale	M. DE LAVERGNE, O. ✱, I. ✱.
Pathologie gén. et méd. expérimentale	M. SIMONIN, I. ✱.
Clinique gynécologique	M. BINET, ✱, I. ✱.
Pathologie chirurgicale	M. M. BARTHELEMY, ✱, I. ✱.
Anatomie pathologique	M. WATRIN, ✱, I. ✱.
Hydrologie	M. L. MERKLEN, ✱, I. ✱.
Médecine légale	M. MUTEL, ✱, I. ✱.
Thérapeutique	M. DROUET, I. ✱.

Professeurs sans chaire :

M. JOB, ✱, I. ✱; M. LAMY, ✱, I. ✱.

Chargés de Cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses.	M. P. SIMONIN, I. ✱, prof.
Thérapeutique chir. et technique opér.	M. ABEL, ✱, I. ✱, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.	M. GUILLEMIN, ✱, I. ✱, C.S.P. agr.
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE, O. ✱, I. ✱, profess.
Médecine opératoire	M. DROUET, I. ✱, professeur.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHELEMY, ✱, I. ✱, prof.
	M. G. LAMY, ✱, I. ✱, ch. du c., prof. sans chaire.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB, ✱, I. ✱, prof. sans chaire.
Obstétrique	M. VERMELIN, ✱, I. ✱, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. KISSEL, agrégé.
Clinique et propédeutique chirurgicale	M. CHALNOT, agrégé.
Clinique et propédeutique	M. BODART, A. ✱, agrégé.
Chirurgicale infantile	M. ABEL, ✱, I. ✱, agrégé.
Pathologie interne	M. HAMEL, ✱, docteur.
Clinique des maladies mentales	M. L. MERKLEN, ✱, I. ✱, professeur.
Education physique (1)	M. MICHON, ✱, docteur.
Clinique neurologique (1)	M. AUBRIOT, docteur.
Clinique O.-R. L.	M. DOMBRAY, docteur.
Parasitologie	

Agrégés en exercice :

M. FLORENTIN A. ✱.	M. WOLFF, A. ✱.	M. GUILLEMIN, ✱, I. ✱
M. BODART, A. ✱.	M. MELNOTTE, O. ✱.	M. ABEL, ✱, A. ✱.
M. CHALNOT.	M. VERMELIN, ✱, I. ✱.	M. KISSEL.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, ✱, I. ✱; S. REMY, I. ✱; BUSQUET, I. ✱.
M. E. TRIBOLET, I. ✱, secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les imputer.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

Hélas ! je ne pourrai plus jamais lui exprimer ma gratitude pour ce qu'il a fait pour moi, en particulier pour les conseils qu'il m'a prodigués, et l'exemple d'amour du devoir qu'il me montrait chaque jour.

En faible témoignage de mon amour filial et de ma gratitude pour tant de sacrifices et de dévouement.

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A mon Oncle Sam SCHMERLOWITZ.

Avec ma profonde reconnaissance.

A M. Pierre BATTESTI,

Nous n'oublierons pas les gestes amicaux qu'il a eus envers nous et dont nous lui sommes infiniment reconnaissant.

A MES AMIS.

A mon Maître et Président de Thèse,

M. le Professeur HAMANT,
Professeur de Clinique chirurgicale,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A mes Juges :

M. le Professeur BARTHELEMY,
Professeur de Pathologie chirurgicale,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. le Professeur agrégé BODART,
Professeur agrégé de Chirurgie infantile.

M. le Professeur agrégé CHALNOT,
Professeur agrégé de Clinique chirurgicale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

SERMENT

Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, des confrères et la Société.

AVANT-PROPOS

Au seuil de ce travail qui va clôturer le cycle de nos études médicales, nous voulons accomplir un agréable devoir de reconnaissance vis-à-vis de nos maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy, celui de les remercier pour l'enseignement quotidien et remarquable dont ils nous ont fait bénéficier tant à l'hôpital qu'à la Faculté. Nous souhaitons qu'ils trouvent dans ces quelques pages la juste satisfaction à leurs efforts.

Monsieur le Professeur Hamant a bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous l'en remercions vivement. Au cours de nos études, il fut pour nous un Maître plein de bonté et dont la vaste expérience clinique nous a été du plus grand profit. Nous nous souviendrons toujours de ses leçons de clinique chirurgicale. Elles nous serviront de guide dans notre future carrière. Qu'il veuille bien agréer ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

Monsieur le Professeur Barthélemy, par ses lumineuses leçons de chirurgie d'urgence, a élargi pour nous maint horizon. Nous lui exprimons notre respectueuse admiration et notre très vive reconnaissance.

Nous ne saurions non plus oublier l'enseignement précieux de M. le Professeur agrégé Chalnot, qui nous a fait également l'honneur de faire partie de notre jury.

Nous n'oublierons certes pas les conférences et les cliniques si vivantes de M. le Professeur agrégé Bodart, dont les enseignements si précieux resteront pour nous inaltérables.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

La littérature médicale, muette sur le sujet qui nous occupe, jusqu'en 1869, contient, depuis cette époque, un certain nombre d'observations, presque toutes publiées à l'étranger.

La première mention de torsion du pédicule de la rate est faite en 1869, par Kurns, chirurgien à l'Hôpital Sainte-Elisabeth, d'Anvers, qui l'a constatée au cours d'une autopsie de malade morte d'étranglement intestinal par le pédicule.

Citons ensuite les noms d'Albert, de Vienne, qui, intervenant pour accidents péritoniques, trouve une rate mobile à pédicule tordu; de Bland Sutton, de Prochownitz.

De 1894 à 1896, les observations et les travaux se multiplient. Hartmann publie un cas très intéressant. Lieffring (Th. de Paris de 1894), consacre un chapitre de son travail sur la rate ectopique à la torsion du pédicule; Dorfeuille (Th. de Paris 1894); Marcault (Th. de Bordeaux de 1896).

Pendant cette période, des observations et des travaux dont nous aurons à nous occuper, sont publiés à l'étranger, par Lawrason, Glasgow, Rokitanski.

De 1896 à nos jours, tandis que les observations se multipliaient à l'étranger, fixent les notions d'étiologie et de symptômes, en France, on voit peu de cas cités.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de faire une revue de la question jusqu'en 1896 et d'exposer les faits nouveaux depuis cette date jusqu'à nos jours.

ETIOLOGIE

Fréquence. — Irvin Abell, en 1933, à propos de deux cas personnels, collige 95 cas de torsion. Si l'on tient compte des cas qui lui avaient échappé, recueillis dans celles d'Aillaud et de Moutte, plus récentes, si l'on y ajoute une quinzaine d'observations publiées depuis quatre ans, on peut estimer à 150 le nombre de rates ectopiques traitées chirurgicalement (Mourgue, Moline et Ginestie) ; il faut ajouter le cas de Chevalier et celui des chirurgiens de Sao Paulo.

Sexe. — Cette affection se rencontre presque exclusivement dans le sexe féminin. Lang, en 1914, observa, pour la première fois, un cas de ptose chez l'homme. Petridis, en 1918, décrit le premier cas de torsion du pédicule splénique chez un homme. Depuis lors, le nombre de cas signalés s'élève à 5 chez l'homme pour 94 chez la femme.

Age. — D'après Irvin, cette affection survient dans 66 % des cas de vingt à quarante ans ; dans 14 % des cas au-dessous de 20 ans ; dans 19 % des cas au-dessus de 20 ans.

Etat antérieur. — Chez 29 malades, on retrouve des antécédents paludéens, en outre, cas de Chevalier, 3 cas de Petridis. Carvalho et Azevedo estiment que le paludisme joue au Brésil un rôle prédominant dans la ptose splénique.

Dans 94 cas de torsion de la rate chez la femme, 22 étaient multipares ; 56 primipares ; 16 sans enfants.

Dans 11 cas, la torsion a été observée au cours de

la gravidité; toutes les patientes ont été opérées. 3 morts. Chevalier, d'Alep, a guéri sa malade, enceinte de 3 mois, qui n'a pas fait d'avortement post-opératoire. Cependant Irvin signale que dans deux cas il y a un avortement avec 1 mort. La torsion apparaît donc comme aggravée par la gestation et la suite des couches.

PATHOGÉNIE

Pour Bureau, et c'est l'opinion généralement admise, la torsion peut se produire dans trois circonstances différentes :

1° Lorsque la rate, très mobile, possède un pédicule long, sans adhérences. C'est le fait le plus commun;

2° Quand la rate s'enclave dans le petit bassin, la torsion est contemporaine de l'enclavement ou la précède (Monti) ;

3° Dans le cas où la tumeur, par le fait d'adhérences préalables, n'est pas complètement mobile, la torsion s'effectuera en dépit de ces adhérences lorsqu'elles existent d'un côté seulement; le centre de gravité se déplace alors du fait de l'accroissement inégal de la rate et celle-ci est entraînée du côté opposé.

Il est évident que le déplacement du centre de gravité peut entraîner une rotation de l'organe sur son pédicule. Aussi conçoit-on la fréquence de la torsion du pédicule des rates ptosées-hypertrophiées ou étant le siège d'une tumeur.

Payr a essayé d'expliquer la torsion par une toute autre théorie. Pour cet auteur, c'est l'état des vaisseaux

du pédicule qui joue le plus grand rôle. Les veines du pédicule sont beaucoup plus longues et plus fluxueuses que les artères. Qu'il se produise une gêne quelconque dans la circulation de retour, il s'ensuit une exagération du calibre et des sinuosités des veines spléniques, qui entourent l'artère, beaucoup plus résistante. Cette disposition entraîne la rotation de la rate, mobilisée par des efforts ou des mouvements plus ou moins violents. C'est la théorie hémodynamique.

Nous dirons, en résumé, que la torsion pédiculaire est prédisposée par la longueur du pédicule, entraînant une mobilité excessive de la tumeur; que les adhérences, en pouvant être une cause prédisposante de la torsion cliniquement et anatomiquement contrôlables, sont généralement produites dans les cas de rate ectopique non pathologique par des phénomènes mécaniques consistant en rotation incomplète du pédicule. Enfin que la torsion est produite par des causes extrinsèques (efforts, traumatismes, etc.) ou intrinsèques (déplétion des organes abdominaux, hypertrophie splénique) qui, en modifiant la situation de l'organe, peuvent entraîner la rotation de son pédicule.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Voyons d'abord les répercussions de la torsion de la rate :

- sur le pédicule;
- sur la rate;
- sur les organes avec lesquels l'organe déplacé entre en contact.

Le pédicule est très souvent allongé, mais on en trouve peu de descriptions dans les relations des auteurs.

Welti le trouve infiltré et œdématié. Bernard Desplats le trouve de la grosseur d'un doigt et Oulie (de Constantine) le compare à un pouce.

Entourant ce pédicule et entremêlé avec lui, on trouve de l'épiploon et assez souvent la queue du pancréas, comme dans un cas d'Abell, un cas de Salis, un cas de Petridis. Dans certains cas, on note une anomalie du pédicule.

La torsion du pédicule se fait dans le sens des aiguilles d'une montre (Petridis, Hartmann, Oulic, Bernard Desplats).

Le pédicule œdématié entre en rapport avec les anses grêles, le côlon transverse et souvent il se crée des adhérences qui le fixent à ces organes et rendent la détorsion spontanée impossible; c'est le cas de Oulie (de Constantine), Welti, Salvin, Mac Donald.

La torsion du pédicule amène parfois le déplacement de certains organes, comme dans le cas de Gedanowitch, où l'estomac a effectué une torsion de 180° , amenant sa face postérieure à la partie antérieure.

La rate, elle aussi, subit de profondes modifications. Ce qui frappe surtout la plupart des auteurs, c'est son hypertrophie et son aspect de tissu compact, ramolli, violacé, avec, par endroits, des placards noirâtres.

Le poids de l'organe est souvent très augmenté. Dans certains cas, cette hypertrophie peut être mise en partie sur le compte de lésions antérieures : paludisme, maladie de Banti, kystes, etc., mais dans de nombreuses

observations, l'examen histologique le plus approfondi n'a pu mettre en évidence aucune lésion pouvant amener cette hypertrophie. Bernard Desplats a trouvé une rate de 225 gr., mais il s'en était écoulé 200 gr. de sang. Abell a trouvé 370 gr.; Welti 520; mais on trouve des poids beaucoup plus élevés : 820 à Frinkler, 900 à Salvin, 1.290 à Mac Donald, 2.190 à Hartmann; mais ces auteurs ont vraisemblablement pesé l'organe avec tout le sang qu'il contenait. Il semble que si cette hypertrophie n'existait pas avant la torsion, elle est surtout une distension provoquée par l'accumulation du sang que la circulation de retour, obstruée au pédicule, oblige à rester dans l'organe.

La rate dont le pédicule est tordu ne se trouve jamais dans sa position habituelle, et c'est la constatation de cette tumeur assez ferme à des points très différents de l'abdomen qui a fait faire beaucoup d'erreurs de diagnostic à la plupart des auteurs.

On trouve la rate dans le flanc gauche ou la fosse iliaque gauche. On la trouve parfois en situation médiane, au-dessus du pubis : Hartmann. Fréquemment, on la trouve dans l'hypochondre droit : Mac Donald, Biondo, Abell, Petridis. Assez souvent, la rate a une situation abdomino-pelvienne, elle est plus ou moins encastrée dans le petit bassin. D'autres fois, on a affaire à des rates accessoires dont la place habituelle est en dehors du flanc gauche; c'est le cas de Geiger.

La rate dont le pédicule est tordu subit des phénomènes de congestion très intenses et adhère très souvent aux organes avec lesquels elle est entrée en contact.

Les adhérences que l'on trouve à l'intervention sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins serrées, suivant que l'on a temporisé plus ou moins avant d'opérer.

Au point de vue histologique, on constate aussi des lésions importantes, tant sur le pédicule que sur la rate. Abell, Bernard Desplats, Gedanowitch signalent qu'il n'y avait aucune thrombose des vaisseaux du pédicule.

Ces deux derniers auteurs signalent qu'après la détorsion, la rate diminue très sensiblement de volume.

Welti signale la thrombose des veines; ce fait s'expliquerait par la position centrale de l'artère et par la fermeté de ses parois, plus grande que celles des veines.

La rate présente des aspects très nombreux, depuis la simple hyperhémie et la congestion par stase, jusqu'à la nécrose et la disparition complète du tissu splénique.

La striction peut n'être qu'incomplète, permettant une circulation sanguine partielle; ce sont les cas de torsion subaiguë ou chronique. Dans les cas aigus, au contraire, il se produit un œdème progressif du pédicule, qui, en amenant une striction complète des vaisseaux, provoque au point étranglé l'apparition d'un sillon d'élimination pouvant entraîner la rupture totale du pédicule.

La thrombose des vaisseaux a pour conséquence la production d'une stase sanguine intrasplénique; le volume de l'organe est triplé ou quadruplé. A un premier stade, il n'existe qu'une stase passive, sans in-

farctus hémorragique. La tumeur est simplement turgescente, rouge brun et indurée (Hartmann). Il suffit alors d'exprimer le sang contenu dans le parenchyme pour réduire l'organe à son volume normal. C'est ce qui se produit en somme *in vivo* dans les cas de torsions intermittentes. Dans un deuxième stade, on pourra trouver des hémorragies sous-capsulaires, des infarctus localisés dans une partie de la tumeur, ou enfin extracapsulaires, amenant la rupture de l'organe. Dans ce dernier cas, on ne trouve plus qu'une bouillie rougeâtre ayant l'aspect d'un placenta (Aillaud).

Enfin la nécrose et la gangrène de la rate sont les aboutissants de ces torsions pédiculaires.

La présence de cette rate congestionnée, hémorragique et parfois nécrosée dans l'abdomen a un retentissement sur les organes du voisinage. Il se produit toujours une réaction péritonéale amenant soit la congestion des organes abdominaux, soit l'exsudation de liquide citrin ou séreux, ou parfois la formation de fausses membranes. Hartmann voit 200 à 300 gr. de liquide citrin mêlé de flocons fibrineux. Mac Donald voit s'écouler du liquide inodore, mais la rate est recouverte de fausses membranes blanchâtres. On voit donc qu'il se produit, suivant les cas, une péritonite adhésive, exsudative, tendant à fixer la rate dans la nouvelle position qu'elle a prise. Par sa présence même, la rate est capable d'occasionner certains troubles, et surtout de l'occlusion intestinale; la simple pression de la rate hypertrophiée sur une partie de l'intestin suffit en effet pour amener l'arrêt complet des matières et des gaz.

La rate étant un organe hématopoiétique, certains auteurs ont fait pratiquer des examens de sang et établi des formules leucocytaires. Linden, Bernard Desplats, Rummel, Salvin trouvent une formule sanguine normale. Petridis trouve une leucocytose légère, avec polynucléose et une augmentation du nombre des hématies.

Wolti, vingt-quatre heures après l'intervention, trouve 96 % de polynucléaires, 2 % de grands mononucléaires, 2% de lymphocytes, 4.600.000 globules rouges.

Trois jours après l'intervention : 86 % de polynucléaires, 8 % de grands mononucléaires, 6 % de lymphocytes, 4.700.000 hématies.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

La torsion du pédicule de la rate se manifeste souvent assez brutalement, comme toutes les torsions des organes ou des tumeurs pédiculées : kystes de l'ovaire, fibrome.

Les symptômes fonctionnels sont ceux de toute réaction péritonéale; souvent le sujet est pris d'une brusque douleur syncopale, siégeant dans le flanc gauche ou sur la ligne médiane, autour de l'ombilic. Le sujet est souvent très shocké : il a un faciès pâle, crispé par la douleur; le pouls est petit, filant souvent à cause de l'hémorragie intra-capsulaire; la température n'est jamais élevée, tout au moins au début des accidents. Souvent le malade vomit pendant quelque temps; il y a de la constipation et, dans de nombreux cas, arrêt

des matières et des gaz, comme dans les cas de Oulie, Gedanowitch, etc.

Parfois les signes d'intolérance gastrique sont au premier rang, comme dans le cas de Gedanowitch, où la torsion de la rate avait amené le volvulus de l'estomac.

Dans le cas de Mac Donald et W.-A. Mackay, la malade avait de la pollakiurie très accusée, qui fit porter, avec d'autres signes, le diagnostic de rein mobile.

Les douleurs, qui sont au début très vives, s'atténuent peu à peu; il y a endolorissement de tout l'abdomen; puis les phénomènes douloureux se localisent à la tumeur. Ces douleurs pourtant se réveillent au bout de quelques jours s'il y a inflammation péritonéale ou occlusion intestinale secondaire.

Les signes locaux sont ceux de toute réaction péritonéale; il y a sensibilité et contracture de la paroi abdominale; cette contracture, d'abord généralisée, tend à se localiser à la tumeur. Le ventre est ballonné, météorisé, il est sonore partout à la percussion, sauf à l'endroit où se trouve la tumeur qui demeure, mate.

Le toucher vaginal donne peu de renseignements; souvent l'utérus est dévié latéralement; dans le cas de Welti, il y a antéversion, le col est très en arrière; souvent on note une sensibilité particulière du cul-de-sac de Douglas et, dans certains cas, du bout des doigts, on sent une masse arrondie, dure, douloureuse, soit en arrière, soit sur les côtés, suivant la position de la tumeur.

Quand les accidents de torsion se sont produits, on sent très rarement la tumeur; on est gêné pour cela

par la contracture, le météorisme, la douleur.

Dans le cas de Southam, la tumeur, qui était imperceptible, fut localisée très exactement au cours de l'anesthésie, qui supprima la contracture et la douleur. Cette tumeur peut se rencontrer un peu partout, et ceci explique la diversité des diagnostics qui sont portés.

Quand on arrive à sentir cette tumeur, on remarque qu'elle est douloureuse, dure et mobile dans la plupart des cas au début des accidents; elle ne tarde pas à être fixée par des adhérences créées par la périsplénite.

Cette tumeur n'offre aucune particularité qui puisse permettre d'identifier la rate; seule la sensation du bord antérieur tranchant et coupé d'incisures peut faire reconnaître l'organe.

Le diagnostic positif, on le conçoit, est extrêmement difficile. La présence d'une rate ectopique antérieure à la torsion, les crises antérieures de torsion et de détorsion peuvent orienter le clinicien vers le diagnostic.

La radiographie simple a été utilisée plusieurs fois sans donner de résultats intéressants; tout au plus voit-on une masse sombre occupant une partie de l'abdomen, surtout à gauche.

Le pneumo-péritoine n'a jamais été signalé comme moyen d'investigation.

L'insufflation d'air du côlon pourrait aussi permettre de localiser la tumeur; de même l'aortographie pourrait être utilisée, mais ce sont là des procédés de recherche qui ne sont pas sans danger. L'aortographie ne pourrait renseigner que dans les cas où la circulation artérielle n'est pas arrêtée au pédicule.

Il semble que ces moyens ne seront jamais employés, car la réaction péritonéale commande souvent l'intervention sans trop de délai.

Les erreurs de diagnostic sont surtout :

Appendicite : Abell, deux cas; Southam, Geiger, Marans, etc.

Occlusion intestinale : Mauro, Frinkler, Gedano-witch, Mac Donald.

Mac Donald et W.-A. Mackay avaient porté le diagnostic de *ptose rénale*.

Brossmann hésitait entre le *kyste de l'ovaire tordu* et le *rein ectopié*. Welti penchait pour la *pelvisplénite*.

Salvin affirmait le *néoplasme du sigmoïde*. Cette erreur est d'ailleurs très compréhensible, si on pense que sa malade avait 73 ans, des crises de sub-occlusion, et que le cliché radiographique montrait un côlon sigmoïde filiforme sur une longueur de 8 à 10 cm. Tout cela était dû à la compression du sigmoïde par la rate ectopiée et tordue.

Le diagnostic le plus souvent porté est celui du *kyste de l'ovaire tordu* : Petridis, Castacio et Brea, Rummel, Brossmann, Oulie, Salis, Bernard Desplats, etc.

FORMES CLINIQUES

Aillaud, dans sa thèse, a décrit une forme chronique de torsion. Pour d'autres auteurs, il y a une forme sub-aiguë. Il existe une autre forme clinique qui a prêté à de nombreuses confusions : c'est celle que M. Ferrari appelle *torsion intermittente*.

Chavanoz et Guyot divisent les torsions du pédicule

en : forme aiguë classique, forme subaiguë où la rate hypertrophiée est tendue, douloureuse, et forme chronique, où les phénomènes de torsion insidieux aboutissent à la formation d'adhérences.

Nous pensons qu'il est tout à fait inutile de décrire séparément des formes subaiguës et des formes chroniques; toutes deux présentent des symptômes et une évolution à peu près identiques. Aussi, les étudierons-nous dans le même paragraphe. Aux torsions aiguës et subaiguës, nous ajouterons la forme intermittente ou à répétition très fréquente.

A. — *Torsion aiguë.*

La torsion aiguë telle que l'a décrite Bureau est la moins fréquente des formes de torsion.

Le début, toujours brusque, ne semble, le plus souvent, en rapport avec aucune cause. La torsion survient sans raison chez des malades qui souffrent déjà de douleurs abdominales dues à l'ectopie. Avant l'apparition de ces douleurs, elle peut être révélatrice de l'affection. Dans le cas d'Albert, c'est après une nuit de danse que les douleurs aiguës apparaissent. La malade d'Hartmann commence à souffrir après une longue promenade.

Le début est toujours bruyant et présente toujours les mêmes caractères aigus. Ce sont ceux que l'on observe lors de la torsion d'un kyste de l'ovaire. Ils se produisent par ce que l'on appelle le péritonisme.

On constate tous les signes d'une péritonite aiguë sans phénomènes fébriles. Ce sont : une douleur très vive, si violente parfois qu'elle arrache des cris aux

malades. Elle siège généralement au niveau de la tumeur, mais se généralise bientôt à tout l'abdomen, qui se ballonne et présente de l'hyperesthésie cutanée. Il existe du hoquet, des nausées, puis des vomissements alimentaires et même bilieux, avec arrêt des matières et des gaz. Le pouls est petit, rapide; le faciès est tiré.

La durée de ces phénomènes est variable sans toujours excéder 1 à 2 jours.

Comme on peut s'en rendre compte, tous ces symptômes sont ceux que l'on retrouve dans les torsions du pédicule d'une tumeur ou d'un organe quelconque.

Il est aussi un signe commun à toutes les torsions, et que Bureau a bien mis en évidence : c'est l'augmentation du volume de la tumeur. On en connaît bien le mécanisme. Les artères se compriment beaucoup moins que les veines, l'apport du sang dans l'organe continue, alors que la circulation de retour est interrompue.

Les caractères principaux de cette augmentation de volume sont la brusquerie, la rapidité avec lesquelles elles se produisent, enfin, la coïncidence avec les phénomènes de péritonisme.

Naturellement, cette brusquerie et cette rapidité sont toutes relatives. Lorsque l'accroissement se produit très vite, que la tumeur atteint en quelques heures un volume triple ou quadruple, c'est la rupture capsulaire qui survient. Mais, généralement, l'augmentation est plus lente; la rate atteint son maximum de volume au bout de quelques jours, époque à laquelle la tumeur peut avoir considérablement grossi (Heurteaux).

En pleine période de péritonisme, l'examen peut

être rendu difficile par suite du météorisme abdominal et de l'hyperesthésie cutanée. Cependant une palpation douce permettra de sentir, en avant de la tumeur, un empâtement plus marqué, une zone douloureuse. Le siège de cet empâtement varie naturellement, comme dans la rate ectopique simple. Quelquefois, on arrive à localiser, au-dessus de la tumeur, un point douloureux exquis répondant au pédicule tordu (Petridis). La percussion, impossible le plus souvent par suite du ballonnement abdominal, montre parfois de la matité en avant de la tumeur. Quant à sa mobilité, si on a pu la constater avant la crise, on s'aperçoit qu'elle n'existe plus, ou qu'elle ne peut être obtenue sans douleur.

B. — *Torsion subaiguë ou chronique.*

Deux conditions sont nécessaires pour que cette forme de torsion se réalise : il faut, d'une part, que la torsion soit maintenue par la présence d'adhérences qui fixent le pédicule dans sa nouvelle position; d'autre part, que la circulation intrasplénique ne soit pas complètement interrompue.

Lorsque le diagnostic de ptose splénique a été posé, il arrive bien souvent qu'on méconnaisse la complication. On attribue à l'ectopie simple les douleurs plus violentes, les nouveaux symptômes. Pourtant, ici aussi, comme dans la torsion aiguë, l'accroissement du volume de la tumeur devra faire soupçonner la complication.

Le début peut être tout à fait insidieux. La torsion s'installe à bas bruit, n'entraîne que des douleurs peu marquées, un lent accroissement de la tumeur s'échelonnant sur plusieurs mois. Cet accroissement peut rester stationnaire pendant quelque temps, sans toutefois rétrocéder, puis le volume de la tumeur augmente encore. La forme de la tumeur peut varier; de ronde, elle peut devenir elliptoïde, comme chez la malade de Rény. Les phénomènes douloureux s'accroissent en même temps que le volume augmente. Bientôt les malades s'alitent et présentent des troubles de la santé générale; troubles digestifs consistant en anorexie, nausées, vomissements, constipation, troubles nerveux, neurasthénie, hypochondrie, troubles cardio-vasculaires.

L'évolution peut être rapide, tout en restant cependant subaiguë comme chez le malade de Patridis; ce malade se plaignait d'une douleur constrictive assez forte, qui s'était accompagnée au début de vomissements et d'arrêt des matières, sans cependant qu'il existe des signes bien nets de péritonisme. Cet état dure une dizaine de jours, sans s'aggraver davantage.

Dans ces cas de torsion subaiguë, l'examen révèle toujours une contraction abdominale rarement généralisée, le plus souvent localisée au niveau de la tumeur. La palpation est douloureuse. Elle permet de reconnaître l'existence d'une masse abdominale toujours très grosse.

La consistance est variable. Tantôt dure, rénitente, elle peut être molle, rappeler celle du parenchyme rénal.

La forme est rarement conservée, moins souvent encore que dans l'ectopie sans torsion. Il est des cas cependant où on arrive à sentir un bord mince, tranchant, avec des incissures rappelant le bord de la rate normale. Le plus souvent globuleuse, elle peut être encore modifiée par l'énorme volume du pédicule, qui, adjoignant sa masse à celle de la rate, donne à la tumeur une forme tout à fait irrégulière (Petridis).

Si les malades ne se décident pas à l'intervention, la cachexie les gagne bientôt et ils finissent par mourir épuisés par les douleurs continues, les troubles digestifs et nerveux. A moins que des adhérences nouvelles enserrant plus complètement le pédicule et provoquent l'oblitération complète des vaisseaux. Alors survient, comme dans la torsion aiguë, la nécrose et la gangrène de l'organe.

C. — *Torsion intermittente ou à répétition.*

Cignozzi, le premier, en prononça le nom. Cet auteur cite le cas d'une femme présentant une splénoptose qui, par intermittence, provoquait des douleurs et des attaques de torsions du pédicule.

Mais c'est M. Ferrari qui individualisa vraiment cette forme clinique.

Ces phénomènes consistent anatomiquement en une torsion du pédicule plus ou moins complète, s'accompagnant d'une congestion plus ou moins marquée de la rate, d'un « véritable œdème splénique » (N. Ferrari). Mais cette torsion n'est que passagère, disparaissant spontanément au bout de quelques jours, de même que les phénomènes de congestion de la rate.

Son caractère est de réapparaître, de survenir de nouveau par intermittences, de se répéter suivant un rythme tout à fait irrégulier, avant d'aboutir, après un nombre inconnu de crises, à la torsion aiguë ou à la torsion subaiguë qui, toutes deux, comme nous l'avons vu, sont des torsions fixées.

L'hypertrophie malarique ou de toute autre nature est une des causes principales de ces accidents. Dans ces cas, le poids de la rate joue un rôle primordial.

Comme dans la torsion aiguë, il existe dans cette forme des symptômes de péritonisme. Mais ici les phénomènes sont beaucoup moins intenses, quoique présentant toujours une allure aiguë à chaque crise.

La douleur est cependant vive, très violente parfois (j'étais à mourir, disait pendant une crise une malade de Pétridis), mais elle n'atteint pas son acruée immédiatement. Par exemple, une crise débute à 5 heures du matin, devient très forte vers 8 heures; dans le cas cité par Welti, la douleur débuta aussi brusquement, mais ce n'est qu'au bout de quelques heures qu'elle devint maxima, pour décroître ensuite progressivement en un jour.

Il n'existe pas de règle concernant la violence des crises chez le malade. Dans l'observation de M. Ferrari, la première crise est intense, de même que la deuxième et la troisième; la quatrième et la cinquième, au contraire, sont très légères, sans vomissements, sans phénomènes marqués de péritonisme; puis une autre crise survient, très violente.

Le rythme de ces crises est tout à fait irrégulier. Parfois très rapprochés, survenant plusieurs fois en quel-

ques mois, les accidents peuvent être espacés de plusieurs années (Petridis). Ce rythme est d'ailleurs aussi irrégulier chez une même malade. Dans le cas de Welti, par exemple, la première crise eut lieu le troisième mois de la grossesse; la deuxième un an après; pendant les quatre années qui suivent, les crises se succédèrent de trois mois en trois mois, avec la même intensité, s'accompagnant d'une intolérance alimentaire absolue. Puis plus rien pendant un an, au bout duquel une dernière crise très violente, accompagnée d'occlusion intestinale; ce qui décida la malade à l'intervention. De même, la malade de M. Ferrari fit plusieurs accidents de torsion rapprochés et demeura quatre ans sans en faire de nouveau.

Durant toutes ces crises, fait capital, le volume de la tumeur s'accroît en même temps que la douleur augmente, et régresse lorsque la douleur diminue. Comme dans la torsion aiguë, c'est au niveau de la tumeur que siège la douleur maxima; de sa position dépendent les irradiations.

Immobile jusqu'au moment de l'acruée de la douleur, le pédicule à ce moment effectue sa torsion et la rate change de place. Chez un malade de Petridis, la tumeur occupait pendant une crise la région ombilicale, puis elle descendit progressivement vers le bassin, en même temps que la douleur diminuait un peu.

Souvent les effets du paludisme ou de toutes autres causes ayant provoqué la splénomégalie viennent s'ajouter aux troubles douloureux. Les malades finissent tôt ou tard par sombrer dans la neurasthénie ou l'hypochondrie.

A moins qu'une complication accompagne un nouvel accident de torsion ou que le pédicule ayant contracté des adhérences, la détorsion ne se produise plus. C'est l'évolution la plus fréquente et c'est ce qu'encourent les malades qui ne se décident pas à l'intervention chirurgicale.

COMPLICATIONS

Dans le cas de torsion aiguë, lorsque l'augmentation du volume de la tumeur est trop rapide, par suite de l'aplatissement complet des veines spléniques interrompant complètement la circulation de retour, les *hémorragies intracapsulaires* sont la règle.

La malade de Spencer Wells est un exemple de ces énormes hémorragies intracapsulaires. Chez elle, l'augmentation du volume de la tumeur était considérable, puisqu'on put retirer par ponction cinq litres d'un liquide brun ressemblant à du sang, et que la rate contenait deux jours après, au moment de l'intervention, une égale quantité de liquide séro-sanguinolent.

D'autres fois, la capsule ne peut supporter cette dilatation brutale et se rompt, entraînant une *hémorragie extracapsulaire*, une inondation péritonéale. C'est le cas de la malade de Peurose, chez laquelle la rupture se produisit au niveau du hile de la rate.

Ces complications se traduisent naturellement en clinique par tous les signes des hémorragies internes. Leur diagnostic étiologique est rendu malaisé par la présence de cette tumeur abdominale, parfois énorme, que constitue la rate ptosée tordue.

Il arrive fréquemment que la torsion pédiculaire engendre l'*occlusion intestinale*. Le pédicule, tordu et immobilisé, comprime une anse intestinale, ce qui produit tous les signes de l'iléus. Tels sont les cas observés par Korte, Trenkler. Ce dernier auteur observa une rate ectopique dont le pédicule tordu cinq fois sur lui-même maintenait entre lui et la paroi abdominale postérieure une anse grêle complètement aplatie. Dans l'observation de M. Ferrari, c'est sur le côlon que siégeait la striction, engendrée par le pédicule qui avait fait deux tours de spires sur lui-même.

On conçoit l'évolution de pareilles complications. Si l'obstacle n'est pas levé rapidement, la péritonite se déclare, la mort survient bientôt.

La participation du pancréas, qui a surpris Mourgué, Molines et Ginestie au cours de l'intervention, n'est pas un fait exceptionnel. Les déplacements de la rate peuvent amener des changements de position du pancréas (Estor) ; les relations vasculaires qui existent entre ces deux viscères l'expliquent aisément.

La plupart des observations signalent la présence de la queue du pancréas dans le pédicule de la rate ectopique et il ne semble pas qu'il en soit résulté des difficultés opératoires.

Carvalho et Azevedo ont aussi observé que la queue du pancréas, prise dans le pédicule est en partie nécrosée. Ils n'ont pas été surpris et ont excisé la portion nécrosée du pancréas.

PRONOSTIC

Cette affection n'a aucune tendance à guérir spontanément et si l'on n'intervient pas, la mort surviendra presque fatalement, le plus souvent par péritonite, rarement par hémorragie splénique et rupture de la capsule. C'est dire que le pronostic, particulièrement sévère pour les anciens auteurs, qui opéraient peu, l'est encore assez actuellement.

Il tend à devenir de plus en plus favorable, et le serait tout à fait si l'on faisait le diagnostic ailleurs que sur la table d'opération.

Du reste, les suites opératoires sont ordinairement heureuses, l'ablation de la rate ne donnant naissance à aucun accident ultérieur chez les opérés.

TRAITEMENT

Le traitement ne saurait être que chirurgical.

Préventivement, si l'ectopie de la rate est reconnue, on pourrait conseiller la splénoplexie ou le port d'une ceinture spéciale.

Quand la torsion est effectuée, on arrive rarement assez tôt pour pouvoir faire la détorsion et la splénoplexie. La détorsion paraît d'ailleurs dangereuse car elle peut mettre des caillots en circulation qui iront former des embolies ailleurs.

Abell cite cinq cas où la détorsion simple fut faite : il y eut quatre guérisons et une mort. Dans trois cas, la splénoplexie fut pratiquée, mais cette opération ne paraît pas être utilisée par les chirurgiens français ;

s'il y a le moindre caillot, elle expose le malade à des embolies graves et, de plus, comme on a souvent affaire à des rates malades, on a tout intérêt à les enlever.

La splénectomie est donc l'intervention de choix. Elle est en général facile.

Le pédicule étant étiré, est très facile à ligaturer; il semble y avoir intérêt à lier le pédicule le plus haut possible, de façon à ne laisser aucun thrombus dans les vaisseaux.

Abell, dans les suites, a vu une phlébite droite.

Salis a vu la mort survenir à la suite d'une embolie pulmonaire.

La voie d'accès sera évidemment variable avec le siège de la tumeur; souvent incision médiane sous-ombilicale. La mortalité, variable suivant les statistiques, serait de 18 à 25 %; 25 pour Gosset; 12 à 15 pour Lecène; 17,6 pour Abell.

Les suites opératoires sont simples et la formule sanguine, quelques jours après l'intervention, est normale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le prof. Hamant
et M. le prof. Bodart.)

Femme, âgée de 41 ans, prise de douleurs abdominales depuis 4 jours, accompagnées de dysuries, sensations de pesanteur rectale. Ces douleurs irradient dans la région lombaire, sont accompagnées d'un certain état nerveux, il y avait des vomissements pendant la première journée.

L'examen du ventre : à l'inspection, rien d'anormal, à la palpation, on provoque une douleur dans la partie iliaque gauche. Au toucher, on sent d'une manière nette tout le cul-de-sac de Douglas occupé par une masse grosse comme une tête d'enfant repoussant l'utérus en avant. Le toucher du cul-de-sac est douloureux. Le pôle de cette masse n'est pas nettement perceptible par la main qui palpe l'abdomen. Il n'y a pas d'épanchement cliniquement perceptible. Pas de température.

Le diagnostic d'un kyste de l'ovaire avec torsion et enclavement se pose. Il est adnoté cependant que le passé gynécologique de la malade était négatif, elle avait plusieurs accouchements sans incidents.

On intervient donc avec un diagnostic kyste ovarique, et on est fort surpris de trouver dans le Douglas une masse de coloration brunâtre, qui paraît gorgée de sang et qui était coincée derrière l'utérus. On la dégage et on reconnaît la rate, dont le pédicule extrêmement long est tordu sur lui-même en 3 ou 4 spires. Devant l'impossibilité absolue de fixer cette rate d'une manière convenable, on se décide à faire une splénectomie qui est d'une simplicité extrême. On fait porter la section du pédicule le plus haut possible, à ce niveau les vaisseaux paraissent thrombosés. Les suites opératoires se passent sans aucun accident.

OBSERVATION II

E. Mourgué-Molines, J. Ginestie. Rate en ectopie, torsion de son pédicule, bascule de l'estomac, sub-occlusion intesti-

nale, volvulus de la queue du pancréas. Splénectomie avec pancréatectomie partielle. *Mém. de l'Académie de Chir.* Sc. du 12 oct. 1938, n° 24.

Mme B... (Maria) est hospitalisée à la fin du mois de juillet 1937, dans le service de M. le professeur Riche, que l'un de nous avait l'honneur de suppléer. Elle entre avec le diagnostic porté dans un dispensaire de fibrome utérin et de la C. A. probable du côlon.

Il s'agit d'une Espagnole de 50 ans, mais paraissant beaucoup plus âgée et d'une extrême maigreur. Cette femme déclare souffrir du ventre depuis une dizaine d'années, époque où elle aurait ressenti une violente douleur dans la fosse iliaque gauche. Elle ne peut préciser si cette crise douloureuse a été ou non précédée d'un traumatisme. Durant plusieurs années, cette douleur a reparu à intervalles parfois assez rapprochés, sous forme de sensation de torsion et de pesanteur s'irradiant du flanc gauche vers le bas-ventre. Depuis quelques mois les douleurs sont plus intenses et plus continues. Il n'y a jamais eu de crise très violente avec vomissements, mais la malade se plaint de troubles digestifs, etc., progressivement plus marqués : anorexie, sensations de lourdeur après le repas, régurgitations, constipation opiniâtre, ballonnement de plus en plus considérable du ventre.

Dans les antécédents, on note 10 grossesses normales. Ménopause à 40 ans. Aucune perte rouge depuis.

A l'examen, ventre fortement ballonné; présence à l'hypogastre d'une tumeur arrondie, de consistance dure et du volume d'une tête fœtale. Le toucher montre que cette masse est indépendante de l'utérus qu'elle refoule en arrière et à gauche et qu'elle est absolument fixée.

Etude radiologique (Dr. Betoulières). — L'examen de l'estomac : une déformation curieuse de cet organe. La grosse tubérosité est située à la partie la plus déclive, se continuant sans solution de continuité avec l'œsophage, dont une certaine portion a été attirée dans l'abdomen; le corps de l'estomac se dirige ensuite en haut et c'est la région de l'antrum qui contient la bulle d'air et se trouve immédiatement au-dessous de la coupole diaphragmatique. Le

canal pylorique et la première portion du duodénum sont dirigés obliquement de haut en bas et de gauche à droite et viennent croiser en avant l'œsophage abdominal. Il s'agit donc d'une véritable bascule de l'estomac. Malgré cette déformation, l'évacuation gastrique n'est pas très gênée et l'organe se vide dans les délais normaux. Le remplissage cœlique est irrégulier, en particulier sur le côlon gauche, qui se dessine mal et tardivement.

Un lavement opaque montre que le côlon descendant est normal; par contre, à 7 ou 8 cm. de l'angle splénique, le côlon transverse présente sur une petite longueur une zone nettement rétrécie, bien que ne gênant pas d'une façon importante le passage de la baryte et qui pourrait correspondre à une bride ou à un néoplasme en virole peu étendu. La présence d'une tumeur pelvienne indépendante de l'utérus, les antécédents douloureux, le ballonnement abdominal et les signes radiologiques de sténose du transverse font porter le diagnostic de « kyste de l'ovaire à pédicule tordu, de façon chronique, avec entraînement cœlique provoquant une obstruction intestinale ».

Opération. — Le 10 août 1937, sous rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe immédiatement sur le grand épiploon. Il présente l'aspect d'un paquet d'énormes varices. En effet, à sa surface, serpentent de grosses veines dilatées, tortueuses, dont certaines ont un volume du petit doigt. L'épiploon coiffe, en lui adhérant de manière assez lâche, la tumeur qui émerge du pelvis. Celle-ci est de coloration lie de vin; sa surface, légèrement granitée, présente un piqueté hémorragique diffus et des placards jaunâtres de fibrine. On l'identifie bientôt comme une rate qui s'est incarcérée dans le petit bassin à la suite d'un mouvement combiné de bascule et de rotation, de sorte que sa face externe, convexe et lisse, regarde en avant et à droite et que son pôle supérieur plonge dans le cul-de-sac de Douglas.

L'extériorisation de la rate est facilement réalisée. Son pédicule, tordu sur lui-même d'environ trois quarts de tour, est très épais. Il est formé d'éléments vasculaires considérables, plusieurs vaisseaux veineux du volume d'une jugulaire et une artère du calibre d'une carotide, qui bat tumultueusement.

tueusement. Le centre du pédicule constitue un bloc induré, qui n'est autre que la queue du pancréas, se prolongeant jusqu'au fond du hile splénique.

Le côlon gauche est entièrement flottant; l'angle splénique mobile est considérablement abaissé et le côlon transverse se trouvait comprimé par le pédicule tordu de la rate. Autant que permette d'en juger l'incision sous-ombilicale et dans la position de décubitus où se trouve l'opérée, l'estomac paraît normalement en place.

En dépit de plusieurs essais, on ne parvient pas à détordre le pédicule de la rate. La torsion, certainement chronique depuis longtemps, a été fixée par un processus fibreux, qui ne permet pas davantage de disséquer la queue du pancréas et de la libérer au niveau du hile. La zone de torsion est nettement visible sur le pancréas, où elle réalise un véritable rétrécissement qui fait charnière entre la portion volvulée et le reste de l'organe demeuré fixe. Dans l'impossibilité d'enlever la rate autrement, on se décide à sectionner son pédicule dans la zone même de torsion, en réséquant la queue du pancréas sur une longueur de 12 cm. Cette exérèse est rendue difficile par la nécessité de libérer, pour les lier séparément, l'artère et la veine spléniques, énormes et noyées dans une gangue fibreuse. Le pancréas est suffisamment rétréci pour que l'on puisse ensuite le prendre en masse par une ligature de Lawson, soit après transfixion avec une aiguille mousse. Le pédicule est alors sectionné au thermocautère et l'épiploon est appliqué par dessus. Fermeture en trois plans, sans drainage.

Suites opératoires. — Très simples. Cicatrisation par première intention en dépit d'une légère ascension de la température à 38° durant quelques jours.

L'examen hématologique, pratiqué le lendemain de l'opération, a donné les résultats suivants :

Globules rouges	4.300.000
Globules blancs	29.000

• Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	90 %
Polynucléaires éosinophiles	0
Polynucléaires basophiles	0
Grands mononucléaires	0

Lymphocytes	10
Formes anormales	0

Les examens ultérieurs, pratiqués dans les trois jours, ont montré des modifications assez faibles. La leucocytose s'est abaissée à 13.500 globules blancs par millimètre cube et la proportion des lymphocytes s'est élevée à 22 p. 100, trois semaines après l'opération.

En dépit de la résection pancréatique, l'examen quotidien des urines n'a relevé ni sucre ni acétone. Le taux de la glycémie, qui n'avait pas dépassé 1 gr. 25 p. 1.000 au lendemain de l'opération, s'est ensuite régulièrement maintenu entre 0 gr. 90 et 1 gr. 07.

Sortie de la malade le 23^e jour.

Revue le 16 novembre, elle déclare aller très bien. Elle a engraisé de 6 kg. Le ventre est souple et la palpation la plus attentive n'y découvre aucune tuméfaction dans la région pancréatique.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'une rate de volume moyen, mais turgescente et gorgée de sang. Sa surface convexe est recouverte de gros placards de péricapsulite. Le hile est occupé par la queue du pancréas, tordue avec le pédicule et qui a été réséquée sur une longueur de 12 cm. Les vaisseaux du pédicule, extrêmement volumineux, ne sont pas thrombosés. Quelques ganglions lymphatiques. Poids de la pièce 620 gr.

Etude histologique (Dr. Guibert). — Rate : le tissu splénique montre une hyperplasie de la pulpe rouge avec stase sanguine diffuse très marquée : c'est ce qui entraîne une atrophie considérable de la pulpe blanche. Les corpuscules de Malpighi sont bien différenciés et les ramifications artérielles qui les supportent ont des signes de sclérose manifestes.

Pancréas. — Processus de pancréatite chronique caractérisé à la fois par des lésions anciennes : sclérose du tissu conjonctif de la glande et par des lésions en cours d'évolution : infiltration lympho-hystocytaire. En certains points, la sclérose est si dense que les cellules pancréatiques présentent des signes importants d'atrophie allant parfois jusqu'à la disparition totale.

Gangue péri-pancréatique. — Elle montre une dilatation considérable avec stase sanguine des vaisseaux veineux, notamment de la veine splénique. Un ganglion situé dans cette glande se fait remarquer par la stase sanguine des sinus anormalement dilatés.

III. — OBSERVATION du Dr Y. Chevalier,
Chirurgien en chef de l'Hôpital Sainte-Croix d'Alep (Syrie)
(*Mém. de l'Acad. de Chir.* sc du 12 oct. 1938, n° 24.)

La nommée Z. S., âgée de 17 ans, de Djisosr-et-Choghur, multipare, enceinte de 3 mois, se présente à la consultation pour des crises douloureuses très vives de l'hypocondre gauche, datant de 2 jours et empêchant le sommeil. Une crise semblable, survenue deux ans auparavant au cours d'une autre grossesse, fut guérie par des applications chaudes. La malade connaît l'existence d'une tumeur de son hypocondre gauche et affirme que cette tumeur passe parfois dans le côté droit de l'abdomen; cette notion est relatée dans l'observation du sujet prise par un assistant, mais on néglige d'en tenir compte dans la discussion du diagnostic, la considérant comme sujette à caution; on verra par la suite son indiscutable valeur.

L'état général de cette jeune femme est bon et les divers appareils ne révèlent rien d'anormal; la température buccale est de 38°3.

L'abdomen est le siège d'une tumeur médiane, symétrique, paraissant venir du pelvis et que l'on pourrait prendre, à un examen superficiel, pour un utérus gravide, si elle ne présentait une extrême mobilité dans le sens transversal, susceptible d'être refoulée entièrement au-dessus de l'ombilic; sa hauteur verticale est de 21 cm., sa largeur de 23 cm. Elle est d'une consistance ferme, homogène, d'une surface régulière, d'une forme généralement arrondie; elle ne se contracte pas, elle est mate à la percussion, enfin, elle est indolore à la mobilisation.

Le toucher vaginal montre, en outre, un utérus gravide au troisième mois, globuleux, un peu mou, refoulé en arrière par la tumeur abdominale; le col ramolli est sur-

monté au-dessus du pubis et tout à fait en avant (rétroversion).

Le diagnostic le plus probable paraît celui de kyste de l'ovaire à pédicule tordu, et la malade est opérée une heure après son arrivée.

L'intervention (éther, laparotomie médiane) montre une rate très hypertrophiée et ectopique; son pédicule, considérablement étiré, se présente sous l'aspect d'un cylindre de 2 cm. 05 à 3 cm. de diamètre, tordu à 180° dans le sens des aiguilles d'une montre et qui, détordu, présente une largeur de 8 à 10 cm. à son insertion splénique, de 4 à 5 cm. plus bas.

La splénectomie est particulièrement aisée.

L'utérus est gravide.

La rate, après son ablation, pèse 1.800 gr.; l'examen histologique n'a pas été pratiqué, mais il s'agit selon toute probabilité d'une rate palustre, étant donné l'extrême fréquence du paludisme dans la région où demeure le sujet.

Les suites sont des plus simples et la malade quitte l'hôpital guérie; comme j'ai l'habitude de le faire, après les splénectomies chez les paludéens, la malade a reçu le jour même de la splénectomie et les jours suivants de la quinine intra-musculaire (Quinothrorium) et, dès le lendemain, des extraits spléniques injectables.

L'erreur de diagnostic, si habituelle avec la torsion d'un kyste de l'ovaire, autrement fréquente que la torsion d'une rate ectopique, aurait pu être évitée ici, en tenant compte des éléments suivants :

1° Notion due à la malade, d'une tumeur de l'hypocondre gauche, susceptible de se déplacer vers la droite; cette notion, je l'ai dit, a été négligée comme sujette à caution;

2° Sièges principaux des douleurs dans l'hypocondre gauche;

3° Impression, peu précise du reste, d'une tumeur moins ronde qu'un kyste de l'ovaire, impression fugitive et non retrouvée d'un bord peut-être tranchant; et en effet, ce diagnostic de torsion de kyste de l'ovaire ne nous satisfait pas entièrement;

4° Percussion et palpation négatives de l'hypocondre

gauche chez un sujet très vraisemblablement impaludé.

Malgré la fréquence en Syrie des rates mobiles et des splénomégalies, on voit aussi rarement qu'en France des rates ectopiques à pédicule tordu; cependant, il semble que la splénomégalie devrait prédisposer à cette torsion.

IV. — OBSERVATION de V. de Carvalho et G. Azevedo,
de Sao Paulo, Brésil.

(*Mém. de l'Acad. de Chir.*, séance du 12 oct. 1938, n° 24.)

Malade, âgée de 39 ans, raconte que depuis un avortement à 16 ans, elle s'est aperçue d'un certain durcissement abdominal auquel elle n'attachait aucune importance, n'en étant que très peu gênée. Parfois elle ressentait une petite douleur dans la fosse iliaque gauche. Mais il y a quelques jours, la malade a été prise le matin d'une douleur dans la fosse iliaque gauche. Malgré cela, elle a vaqué à ses occupations.

Plus tard, les douleurs se sont accentuées sous forme de coliques très intenses s'accompagnant de vomissements fréquents. Aucune amélioration par repos au lit. L'abdomen augmente de volume pendant ce temps. C'est à la suite de cet accident que nous avons vu cette malade. Dès l'entrée à l'infirmerie, les douleurs se sont calmées par glace sur le ventre. Cependant, le volume du ventre continue à augmenter. Fonctions urinaires et intestinales normales.

Antécédents : réglée à 15 ans, règles normales dans le temps (28-3), peu abondantes, s'accompagnant de douleurs dans le bas-ventre. Elle nie toute infection génitale, pas de pertes; un accouchement normal, un avortement de 6 mois. Paludisme étant jeune.

A l'examen, femme bien conformée, du type constitutionnel hyperplastico-intersexuel. Poids : 63 kg. Taille : 1 m. 73. A l'abdomen, disposition masculine des poils du pubis.

La fosse iliaque gauche paraît un peu saillante. A la palpation, on perçoit une tumeur qui occupe presque toute la moitié gauche de l'abdomen; sa limite interne dépasse la ligne médiane; sa limite supérieure est à trois travers de doigts du rebord costal. Cette tumeur est dure, très douloureuse à la moindre pression, complètement fixe. Sa surface

est lisse et s'étend jusqu'à la région lombaire. La moitié droite de l'abdomen ne révèle rien de notable. La fosse iliaque droite est dépressible et légèrement sensible.

Les organes génitaux externes sont normaux. Au toucher vaginal, on a l'impression que l'utérus est en antéro-flexion et de volume normal. L'examen bi-manuel est gêné par la douleur. Rien aux annexes; on n'atteint pas la tumeur vaginale. Au spéculum, col normal, la manœuvre de Schultze n'intéresse pas la tumeur. En présence de ces signes, certains ont pensé à une torsion de kyste de l'ovaire. Ce diagnostic ne nous a pas paru satisfaisant. Entre temps, on a pratiqué une hystéro-salpyngographie à l'iodypine. Image normale de l'utérus et trompes perméables. La douleur s'aggravant et la tumeur augmentant rapidement de volume, on décide une laparotomie exploratrice, pratiquée le 12 juin 1933. Anesthésie générale; médiane sous-ombilicale; petite quantité de liquide séro-hématique dans la cavité péritonéale. L'exploration montre une volumineuse rate ptosée nécessitant l'agrandissement de l'incision de 3 cm. au-dessus de l'ombilic. Rate violacée, noirâtre, tordue sur son pédicule d'un tour complet en sens inverse des aiguilles d'une montre. Sur le pédicule, une zone de nécrose; la queue du pancréas prise dans le pédicule est en partie nécrosée. On rompt les adhérences à l'intestin. On dissèque les ligaments. Ligature séparée de veine et artère splénique; ligature du reste du pédicule. Excision de la portion nécrosée de la queue du pancréas, suture. Paroi en trois plans. F. S. D.

Suites opératoires sans incident; la malade sort guérie.

La rate pesait 2 kg. 800.

Examen histologique. — Capsule et travées épaissies. La pulpe est remplie d'hématies avec une prolifération du tissu conjonctif. En certains points, signes d'hémorragie ancienne avec pigments hématiques. En d'autres, zone de nécrose avec hyalinisation. En d'autres encore, on voit de véritables lacs sanguins sans paroi propre. Les corpuscules de Malpighi ont presque complètement disparu. Ceux qui persistent ont leurs éléments dissociés par l'œdème et l'hémorragie. Partout, on trouve une dégénérescence adipeuse.

Autres examens :

Wassermann négatif. Urines, matières : normales.

Formule leucocytaire :

Avant l'opération :

Ganulocytes éosinophiles	2 %
Granulocytes basophiles	0,2
Granulocytes neutrophiles	53
Lymphocytes	29
Plasmocytes	0,4
Monocytes	14

Trois jours après l'opération :

Hématies : 4.160.000; leucocytes 8.700; hémoglobine %, 70; valeur globulaire : 0,85.

Formule leucocytaire :

Granulocytes (augmentation de 20 %).	75 %
Lymphocytes (diminution de 14 %)...	15
Monocytes (diminution de 5 %)	9

Dans le cas que je vous ai communiqué le 10 juillet 1935, l'examen fonctionnel et clinique m'avait fait poser le diagnostic de kyste de l'ovaire à pédicule tordu avec bascule de l'utérus en arrière. Dès l'ouverture du ventre, on constate : que le pseudokyste était une rate avec torsion de trois tours de son pédicule, le pédicule coïncant la partie gauche du transverse. En outre, une réaction péritonéale progressive et diffuse avec pus dans le Douglas. La rate pesait 225 gr. et il s'était exsudé à travers la capsule 200 gr. de sang.

La malade guérit, quoique la torsion datait de 6 jours et pour expliquer le mécanisme de cette ptose splénique, j'avais retrouvé le fait que, au cours d'une grossesse précédente, vers le cinquième mois, la malade qui pratiquait des exercices violents avait ressenti une vive douleur dans le flanc gauche, accompagnée de syncope. Je pense que la rate s'est ectopiée à ce moment. Des examens de sang successifs n'ont montré aucune altération de la formule sanguine après la splénectomie.

OBSERVATION V (résumée).

Ar. Petridis. Torsion et ectopie de la rate. *Lyon Chirurg.* (1918).

Eftychie M..., 32 ans, de Chypre, entre dans notre service le 31 septembre 1915...

Mariage à 20 ans. Dans la même année, fièvres pendant onze mois et plus.

Un an après, accouchement normal; après 3 ans, deuxième accouchement. Depuis deux mois, elle n'a pas de règles et elle se croit enceinte...

Maladie actuelle. — Il y a onze ans qu'elle avait les fièvres, et que le médecin traitant lui a dit qu'elle a la rate agrandie et située anormalement dans l'abdomen (Probablement rate ectopique et mobile à la suite d'une hypertrophie consécutive aux fièvres paludéennes).

Il y a 7 ans, le médecin, consulté par la malade, lui conseille l'opération, pour se débarrasser des dérangements qu'il attribuait à la rate. Les menstrues étaient régulières, de six jours de durée et d'intensité moyenne.

La malade raconte qu'à cette époque la tumeur (la rate), que nous palpons aujourd'hui à la moitié inférieure du ventre, était nettement palpable au-dessous du rebord costal gauche. L'année passée, subitement et sans cause apparente, frissons, fièvre et courbature générale pendant trois jours.

« J'étais à mourir, dit la malade, et la tumeur est venue s'arrêter devant l'estomac » (sic). Probablement il y a déplacement de la rate en bas et en avant. La malade est restée alitée pendant deux mois. Pendant ce temps, la tumeur descendait graduellement pour atteindre finalement le bassin où elle s'arrêta, ce qui a énormément soulagé la malade qui, depuis lors, a cessé de souffrir, et qui a commencé à vaquer comme à l'ordinaire à ses occupations...

Etat actuel. — Taille moyenne; aspect d'individu peu souffrant...

Rate. — Région splénique : tympanisme, très claire, qui contraste avec le son clair de la région thoracique sus-jacente. Probablement, la rate n'est plus à sa loge normale...

Région malade. Abdomen. — Nettement proéminent, surtout à la hauteur de l'ombilic en bas et à droite. Par la palpation, on délimite une tumeur longitudinale à grand axe dirigé de droite à gauche et de haut en bas. Mensurations faites à travers les parois abdominales nous donnent les chiffres approximatifs suivants : longueur 26 cm.; largeur

15 cm. Par la palpation, nous trouvons sur la tumeur des petites bosselures, comme si c'étaient des petits fibromes durs et lisses. Egalement dure est la région. La tumeur est assez mobile et peu douloureuse dans ces manœuvres d'examen. Dans la direction, il semble exister une petite lacune. L'espace entre le bord inférieur de la tumeur et le pubis paraît être libre à la palpation.

Diagnostic clinique. — Rate hypertrophiée probablement à la suite de fièvres paludéennes, ectopiée et en ptose dans la fosse iliaque droite. Dans les cinq premiers jours qui ont suivi son entrée dans notre service, elle n'a présenté que de légères douleurs qui n'augmentaient d'intensité que dans la marche et dans la station debout. Aucun autre symptôme n'est apparu...

Opération le 23 septembre 1915. Incision sur la ligne blanche, qui commence un peu au-dessus de l'ombilic; jusqu'à l'ouverture de la cavité péritonéale, rien à noter. A son ouverture, la rate vient se présenter avec son aspect et sa couleur caractéristique. Par l'examen digital, nous trouvons la rate mobile augmentée de volume au double et au triple, plutôt libre d'adhérences dans sa moitié inférieure et dans sa face correspondant à la paroi abdominale antérieure. A son pôle supérieur et au reste de la surface, elle offre des adhérences peu résistantes avec l'épiploon... Ligature soigneuse des vaisseaux néoformés à la suite de l'inflammation et des adhérences consécutives avec l'épiploon. Avant de lier le hile, nous examinons de nouveau le pédicule de la rate et nous nous assurons qu'il y a double torsion.

Donc il s'agit de torsion double de la rate et de ptose de celle-ci dans la fosse iliaque droite.

En même temps, nous apercevons une rate surnuméraire qui se rattache à la rate proprement dite, par l'intermédiaire d'un pédicule. Cette rate surnuméraire est située derrière la rate proprement dite et elle a la grosseur d'une noix.

Ligature du hile et ablation de la rate... Suture par étages.

Diagnostic post-opératoire : le même qu'avant l'opération.

Décours post-opératoire : normal. Réunion par primam. Guérison.

OBSERVATION VI (résumée).

Henri Hartmann. Rate hypertrophiée mobile; torsion du pédicule. Péritonite aiguë généralisée. Splénectomie. Guérison (*in* Thèse Guéffring).

J... B..., 18 ans, entre le 8 avril 1893 à l'Hôpital Bichat, pour péritonite généralisée. Début brusque des accidents péritoniques, le 26 mars, dans l'après-midi. Douleurs abdominales très vives, sans siège précis, s'accompagnant de vomissements, qui durèrent pendant deux jours. Le 29 mars, la malade est encore un peu souffrante, vomit et éprouve des douleurs abdominales chaque fois qu'elle veut prendre des aliments, mais peut tout de même se lever et travailler un peu. Le ventre, qui avait commencé à se tuméfier dès le début des accidents, continuait à grossir. Les règles apparaissent à leur époque normale. Douleurs à tous les temps de la miction. Paludisme à l'âge de 12 ans, traité par la quinine.

Examen : Malade bien constituée, mais extrêmement pâle. Yeux excavés; pouls petit à 120, température normale. Le ventre est ballonné. Matité dans toute la région inférieure de l'abdomen, surtout à droite. La tension des parois empêche toute palpation. Hyperesthésie cutanée. Rien au point de vue génital. Quelques vomissements bilieux, avec état nauséux et des efforts des vomissements presque continuels. On décide d'intervenir.

Opération le 9 avril (H. Hartmann). — Avant l'opération on a constaté que la matité a changé de place. La fosse iliaque droite est sonore et la gauche est mate, alors que c'était l'inverse la veille. Incision sus et sous-ombilicale. L'épiploon rouge épaissi adhérent laisse voir par transparence une masse rouge brun sous-jacente. Adhérences molles et facilement décollables. Ecoulement de liquide citrin (2 à 300 gr.) un peu rougeâtre, mêlé de débris fibrineux. L'épiploon déplacé, la rate énorme se présente par sa face convexe devenue antérieure. Les anses grêles sont recouvertes et agglutinées par des exsudats fibrineux, facilement décollables de la rate. Le pédicule est tordu deux fois et demi sur lui-même, dans le sens des aiguilles d'une montre. Il a le volume d'un cordon ombilical. Ligature après détorsion.

Suture totale de la paroi en trois étages. La rate enlevée est un peu indurée, turgescence, sans infarctus. Elle pèse 2.100 grammes. Le sang recueilli dans le péritoine est aseptique.

Suites opératoires normales.

Le 16 août, la malade est revenue en parfaite santé. L'examen du sang montre une numération globulaire normale.

CONCLUSIONS

- I. — La torsion du pédicule de la rate n'est pas exceptionnelle, se rencontre presque exclusivement dans le sexe féminin.
- II. — Des symptômes que nous avons énumérés, aucun n'est pathognomonique.
- III. — Le diagnostic de cette affection n'a jamais été fait avant l'ouverture de l'abdomen.
- IV. — Le pronostic, sombre pour les anciens auteurs, ne paraît plus sévère, sauf dans les cas de complications.
- V. — Il faut faire la splénectomie, la splénopexie expose aux accidents.

BIBLIOGRAPHIE

ABELL (J.). — Wandering spleen with torsion of pedicle (*Ann. Surg.*, 98 : 722-35, oct. 1933).

AILLAUD. — De la torsion chronique du pédicule de la rate mobile (*Thèse de Montpellier*, 1910-11).

BUREAU. — Contribution à l'étude de l'ectopie de la rate (*Th. de Paris*, 1894-95).

CASTANIO et BREA. — Torsion du pédicule de la rate simulant un kyste de l'ovaire (*Soc. Obst. Gynec. Buenos-Aires*, 1933).

DARFEUILLE. — Déplacement de la rate avec torsion du pédicule (*Thèse de Paris*, 1894-95).

DESPLAS (B.). — Un cas de rate ectopique à pédicule tordu considéré comme un kyste de l'ovaire (*Soc. Nat. Chir.*, 10 juillet 1935).

GEDANOVITCH. — Un cas de volvulus de l'estomac provoqué par la torsion de la rate déplacée (*Vestnik Chirur.*, 1934).

GEIGER (P.). — Ein Fall von stielgedrehter Nebenmilz (*Zentralbl. f. Chir.*, 58 : 1772-4, II/7. 31).

HARTMANN. — Mém. de l'Acad. de Chir., 12 octobre 1938.

LIEFFRING. — L'ectopie de la rate (*Thèse de Paris*, 1896).

MORCAULT. — De la torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate (*Thèse de Bordeaux*, 1895-96).

MOURGUE-MOLINES, J. GINESTIE. — Rate en ectopie, torsion de son pédicule, bascule de l'estomac, sub-occlusion intestinale, volvulus de la queue du pancréas. Splénectomie avec pancréatectomie partielle (*Mém. de l'Acad. de Chir.*, séance du 12 octobre 1938, n° 24).

MOUTTE. — L'ectopie de la rate et ses complications (*Thèse d'Alger*, 1929).

NIKOTIU. — Torsion du pédicule de la rate ectopique (*Vestnik Chir. imeni Gracova*, Leningrad. *Revue de Chirurgie*, n° 121, v. 4, 1936).

- OULIÉ. — Rate ectopique dans la fosse iliaque droite. Torsion du pédicule avec occlusion intestinale (*Soc. Anat. Paris*, 7, I, 1932).
- PAYR. — Sur la chirurgie de la rate (*Arch. Clin. Chir.*, 1907).
- PETRIDIS. — Deux cas de torsion et d'ectopie de la rate (*Lyon Chir.*, 1918).
- PETRIDIS. — Torsion et ectopie de la rate prise pour kyste de l'ovaire (*Soc. Nat. Chir.*, 8 nov. 1933).
- ROSKTANSKI. — 1864, cité in *Thèse Bureau*.
- VON SALIS. — Ein Fall von Torsion de Milz Milzextirpation (*Corresp. f. Schwanz. Aerzte*, 1913).
- SALVIN (A.). — Ectopie Splenn causing intestinal obstruction (*Ann. of Surg.*, 1930).
- VIERA (R.), de Carvalho, et GERALDO (V.), de Azevedo. — Rate mobile avec syndrome aigu de torsion (*Mém. de l'Académie de Chir.*, t. 64, 12 oct. 1938).
- VINCENT et FOURNIER. — Torsion du pédicule de la rate en position ectopique (*Journ. de Méd. de Lille*, n° 6, septembre 1938).
- WELTI. — Torsion de la rate (*Annales d'Anat. Pathol.*, 7 juillet 1927).
- ZEDANOWICH (S.-N.). — Case of volvulus stomach caused by torsion of distocated spleen (*Vestnik Chir.*, 39 : 158-8, 1939).

Vu :

Nancy, le 24 Juin 1939.

Le Président de Thèse,

HAMANT.

Vu et approuvé :

Nancy, le 24 Juin 1939.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 26 Juin 1939

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	6
Introduction et historique	7
Etiologie	8
Pathogénie	9
Anatomie pathologique	10
Symptomatologie et Diagnostic	15
Formes cliniques	18
Complications	26
Pronostic	28
Traitement	28
Observations	30
Conclusions	44
Bibliographie.	45

